



Santa Clara Family  
Health Plan™

# CAL MEDICCONNECT PLAN

(Plan de Medicare-Medicaid)

## **Aviso anual de cambios 2022**

Servicio al Cliente: **1-877-723-4795**

TTY: **711**

Lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.

[www.scfhp.com](http://www.scfhp.com)

H7890\_17000S Accepted

**ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO DE FORMA INTENCIONAL**

**Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (Plan de Medicare-Medicaid) ofrecido por Santa Clara Family Health Plan**

***Aviso anual de cambios para 2022***

---

**Introducción**

Actualmente, usted está inscrito como miembro del Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) (Plan de Medicare-Medicaid) (Plan de Cal MediConnect de SCFHP). El próximo año habrá algunos cambios en los beneficios, la cobertura, las reglas y los costos del plan. Este *Aviso anual de cambios* lo informa de cuáles son los cambios y cómo encontrar más información sobre ellos. Las palabras clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

**Tabla de Contenidos**

A. Renuncia de responsabilidades.....	3
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año.....	8
B1. Otros recursos.....	10
B2. Información sobre el Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan.....	12
B3. Cosas importantes que debe hacer: .....	12
C. Cambios en los proveedores y farmacias de la red .....	14
D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....	15
D1. Cambios en los beneficios y para servicios médicos .....	15
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos de venta con receta.....	15
D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial” .....	17
D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica” .....	19
E. Cómo elegir un plan.....	19
E1. Cómo continuar en nuestro plan .....	19
E2. Cómo cambiar de plan .....	19
F. Cómo recibir ayuda.....	23



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

F1. Cómo recibir ayuda del Plan de Cal MediConnect de SCFHP ..... 23

F2. Cómo recibir ayuda del agente de inscripción estatal ..... 23

F3. Cómo recibir ayuda del Programa Ombuds del Plan de Cal MediConnect.... 23

F4. Cómo recibir ayuda de Programa de Consejería y Defensoría sobre Seguros Médicos ..... 24

F5. Cómo recibir ayuda de Medicare ..... 24

F6. Cómo recibir ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California..... 24

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



## **A. Renuncia de responsabilidades**

- El Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (Plan de Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y con Medi-Cal para dar los beneficios de ambos programas a los miembros.

- **AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

La discriminación es ilegal. El Plan de Cal MediConnect de SCFHP cumple las leyes federales y estatales de derechos civiles. El Plan de Cal MediConnect de SCFHP no discrimina ilegalmente, no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad física o mental, estado médico, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

El Plan de Cal MediConnect de SCFHP presta:

- Apoyo y servicios gratis a personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse mejor, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Servicios de idioma gratis a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP entre las 8 a.m. y las 8 p.m., de lunes a viernes, llamando al 1-877-723-4795. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 711. Si lo pide, este documento puede estar disponible en braille, letra grande, casete de audio o formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

**Santa Clara Family Health Plan**  
**PO Box 18880**  
**San Jose, CA 95158**  
**1-877-723-4795 (TTY: 711)**

---

## **CÓMO PRESENTAR UNA FORMAL**

Si considera que el Plan de Cal MediConnect de SCFHP no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente de otra manera por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad,



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

discapacidad física o mental, estado médico, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Puede presentar una queja formal por teléfono, por escrito, en persona o de forma electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP entre las 8 a.m. y las 8 p.m., de lunes a viernes, llamando al 1-877-723-4795. O, si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 711.
- Por escrito: Rellene un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:  
**Attn: Grievance and Appeals Department**  
**Santa Clara Family Health Plan**  
**6201 San Ignacio Ave**  
**San Jose, CA 95119**
- En persona: Vaya al consultorio de su médico o al Plan de Cal MediConnect de SCFHP y diga que quiere presentar una queja formal.
- De forma electrónica: Visite el sitio web del Plan de Cal MediConnect de SCFHP en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

---

**OFICINA DE DERECHOS CIVILES: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA (DHCS) DE CALIFORNIA**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al **711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones)**.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:  
**Deputy Director, Office of Civil Rights**  
**Department of Health Care Services**  
**Office of Civil Rights**  
**P.O. Box 997413, MS 0009**  
**Sacramento, CA 95899-7413**  
Los formularios de quejas están en [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).
- De forma electrónica: Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**OFICINA DE DERECHOS CIVILES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS (DHHS) DE LOS EE. UU.**

Si cree que lo han discriminado por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al **1-800-537-7697 (TTY/TDD)**.

- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

Los formularios de queja están en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- De forma electrónica: Visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

- Servicios de ayuda con el idioma

**English Tagline**

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-273-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. These services are free of charge.

**Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (TTY: 711). También hay ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y en letra grande. Llame al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (TTY: 711). Estos servicios no tienen costo.

**Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi 1-877-723-4795, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. (TTY: 711). Cũng có các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi braille và bản in chữ lớn. Hãy gọi 1-877-723-4795, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**简体中文标语 (Chinese)**

注意：如您需要所说语言的协助，请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY 用户请致电 711)。我们还为残障人士提供盲文版和大字版文件等相关帮助和服务。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY 用户请致电 711)。这些服务均免费提供。

**Tagalog Tagline (Tagalog)**

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

**الشعار بالعربية (Arabic)**

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى الحصول على المساعدة بلغتك، فاتصل بالرقم 1-877-723-4795، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. (الهاتف النصي لضعاف السمع والصم (TTY: 711) المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والطباعة الكبيرة، متوفرة أيضًا. اتصل بالرقم 1-877-723-4795، من الاثنين إلى الجمعة، 8 صباحًا إلى 8 مساءً. (الهاتف النصي لضعاف السمع والصم (TTY: 711) يتم تقديم هذه الخدمة مجانًا.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-877-723-4795 համարով, երկուշաբթից ուրբաթ, 8:00-ից 20:00: (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև օգնություններ և ծառայություններ հաշմանդամ անձանց համար, ինչպես՝ բրայլի այբուբենով և խոշոր տպատառերով փաստաթղթեր: Չանգահարեք 1-877-723-4795 համարով, երկուշաբթից ուրբաթ, 8:00-ից 20:00: (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

**ប្រាសាទសម្រាប់ជនមានការខ្វះខាត (Cambodian)**

កំណត់ចំណាំ: កំណត់ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទមកលេខ 1-877-723-4795 ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ម៉ោង ៨ យប់។ (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងការបោះពុម្ពផ្សាយផងដែរ។ សូមទូរសព្ទមកលេខ 1-877-723-4795 ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ ៨ ល្ងាច។ (TTY: 711) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

**مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر نیاز به دریافت کمک به زبان خودتان دارید، از دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح الی 8 شب با 1-877-723-4795 تماس بگیرید. (TTY: 711). کمک و خدمات رسانی به کسانی که ناتوانی خاصی دارند، مثلاً چاپ اسناد با خط بریل و حروف بزرگ نیز امکان پذیر است. از دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح الی 8 شب با 1-877-723-4795 تماس بگیرید. (TTY: 711). این خدمات رایگان هستند.

**Si tiene alguna pregunta, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. Para obtener más información, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).**





### **हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो सोमवार से शुक्रवार, प्रातः 8 बजे से रात्रि 8 बजे तक 1-877-723-4795 पर कॉल करें। (TTY: 711) विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ भी उपलब्ध हैं। सोमवार से शुक्रवार, प्रातः 8 बजे से रात्रि 8 बजे तक 1-877-723-4795 पर कॉल करें। (TTY: 711) ये सेवाएं निःशुल्क रूप से उपलब्ध हैं।

### **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau 1-877-723-4795, Hauv Hnub Monday txog Hnub Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. (TTY: 711). Kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntauv ua ntauv su rau neeg dig muag thiab luam kom loj, puav leej muaj. Hu rau 1-877-723-4795, Hnub Monday txog Hnub Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

### **日本語表記 (Japanese)**

注意: 母国語での対応が必要な場合は、月～金の午前8時～午後8時の時間帯で1-877-723-4795 (TTY: 711)にお問い合わせください。視覚障害者向けに点字や大活字の文書などの支援サービスも利用できます。月～金の午前8時～午後8時の時間帯で1-877-723-4795 (TTY: 711)にお問い合わせください。これらのサービスは無料でご利用いただけます。

### **한국어 태그라인 (Korean)**

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-877-723-4795 번으로 문의하십시오(월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시). (TTY: 711). 장애인을 위한 지원과 서비스(예: 브라우 점자 문서, 큰 활자)도 이용하실 수 있습니다. 1-877-723-4795 번으로 문의하십시오 (월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시). (TTY: 711). 서비스는 무료입니다.

### **ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ແຈ້ງເຕືອນ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ 1-877-723-4795, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. (TTY: 711). ເຄື່ອງຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ, ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ກໍ່ມີເຊັ່ນກັນ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-723-4795, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ, ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

### **Mien Tagline (Mien)**

CAU FIM JANGX LONGX: Beiv taux meih qiemx zuqc heuc tengx faan benx meih nyei fingz waac nor douc waac lorx taux 1-877-723-4795, yiem liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx (TTY: 711). Mbenc maaih sou-nzangc benx nzangc-pokc aengx caux aamz benx domh sou-daan liouh bun wuaaic fangx mienh longc. Douc waac lorx taux 1-877-723-4795, yiem liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz, yiem 8 diemv ziangh hoc lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx (TTY: 711). Naaiv se baeqc benx wang-henh nzie weih gong maiv zuqc feix zinh nyaanh oc.

### **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਸੇਵਾਦਾਰ ਤੋਂ ਸੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ 1-877-723-4795 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY: 711) ਵਿਕਲਾਂਗ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਸੇਵਾਦਾਰ ਤੋਂ ਸੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ 1-877-723-4795 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY: 711) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-4795 (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-273-4795 (линия ТТУ:711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

หมายเหตุ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทร 1-877-723-4795

วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. (TTY: 711)

นอกจากนี้ยังมีบริการความช่วยเหลือสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น

เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-877-723-4795 วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА. Ви можете отримати довідку вашою мовою, зателефонувавши за номером 1-877-723-4795 з понеділка по п'ятницю, з 8:00 до 20:00 (телетайп: 711). Також доступна допомога та послуги для осіб з обмеженими фізичними можливостями, наприклад документи, надруковані великим шрифтом або шрифтом Брайля. Телефонуйте за номером 1-877-723-4795 з понеділка по п'ятницю, з 8:00 до 20:00 (телетайп: 711). Ці послуги надаються безкоштовно.

---

## **B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el próximo año**

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que todavía cubre sus necesidades del próximo año. Si no cubre sus necesidades, puede dejar el plan. Consulte la sección E2 para obtener más información.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



Si elige salir del Plan de Cal MediConnect de SCFHP, su membresía terminará el último día del mes en que se presentó su solicitud.

Si deja nuestro plan, todavía estará en los programas de Medicare y Medi-Cal si cumple con los requisitos.

- Tendrá una opción sobre cómo obtener sus beneficios de Medicare (consulte la página 19).
- Recibirá sus beneficios de Medi-Cal mediante el plan de servicios médicos administrados de Medi-Cal que usted elija (consulte la página 22 para obtener más información).



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

## B1. Otros recursos

- **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-723-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

**ATENCIÓN:** Si habla español, hay servicios de ayuda de idiomas gratis disponibles para usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis.

**CHÚ Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi là miễn phí.

**注意:** 如果您说中文, 您可申请免费语言援助服务。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY 用户请致电 711) 与客户服务部联系。本电话免费。

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyong tulong sa wika na walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Mamimili sa 1-877-723-4795 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Ang pagtawag ay libre.

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일 오전 8시부터 저녁 8시까지 1-877-723-4795 (TTY: 711)번으로 고객 서비스부에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

**ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ.** Եթե խոսում եք հայերեն, ապա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Զանգահարեք հաճախորդների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-877-723-4795 (TTY. 711), երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժ. 8:00 - 20:00: Զանգն անվճար է:

**ВНИМАНИЕ:** Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Позвоните в Службу поддержки клиентов по номеру 1-877-723-4795 (телетайп: 711), с понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

**توجه:** اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک‌زبانی به‌صورت رایگان در دسترس شما قرار دارد. روزهای دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح الی 8 شب، با واحد خدمات مشتریان به شماره 1-877-723-4795 (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

**ご注意:** 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。カスタマーサービス 1-877-723-4795 (TTY: 711) までお電話下さい。サービス時間帯は月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 8 時までです。通話は無料です。

**Si tiene alguna pregunta,** llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información,** visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



LUS CEEV: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, peb muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau Lub Chaw Pab Cuam Neeg Qhua rau ntawm tus xov tooj 1-877-723-4795 (TTY: 711), hnuv Monday txog Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Qhov hu no yog hu dawb xwb.

ਪਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-877-723-4795 (TTY: 711) 'ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀਂ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ।

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک‌زبانی به‌صورت رایگان در دسترس شما قرار دارد. روزهای دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح الی 8 شب، با واحد خدمات مشتریان به شماره 1-877-723-4795 (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

ध्यान दें: अगर आप हिंदी, भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। ग्राहक सेवा को 1-877-723-4795 (TTY: 711) पर, सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8:00 से शाम 8:00 बजे तक कॉल करें यह कॉल निःशुल्क है।

โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย จะมีบริการความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ติดต่อศูนย์บริการลูกค้าได้ที่ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ได้ในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น. ไม่มีค่าใช้จ่ายในการโทร

ជួនចំពោះ: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាស្កេវ៉ាន់ដ្រូយ ផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រម៉ោង 8 ព្រឹក។ ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ສໍາລັບທ່ານ. ໂທຫາສູນບໍລິການລູກຄ້າໄດ້ທີ່ເບີ 1-877-723-4795 (TTY: 711), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ໂທຟຣີ.

УВАГА: Якщо ви розмовляєте англійською мовою, ви можете безкоштовно скористатися доступними послугами перекладача. Телефонуйте до служби підтримки клієнтів за номером 1-877-723-4795 (телефонний пристрій із текстовим вводом [Teletype TTY]: 711), понеділок-п'ятниця, з 8:00 до 20:00. Дзвінок безкоштовний.

JANGX LONGX: Beiv taux meih benx gorngv ang gitv waac nyei mienh nor, duqv mbenc maaih nzie weih gong tengx wang-henh faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv nyaanh, mbenc nzoih liouh bun meih longc. Douc waac daaih lorx taux nzie weih zipv kaeqv gorn zangc yiem njiec naaiv 1-877-723-4795 (TTY: 711), yiem naaiv liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz bouc dauh, yiem 8 diemv lungh ndorm ziagh hoc mingh 8 diemv lungh muonz. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc cuotv nyaanh oc.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

- Puede obtener este *Aviso anual de cambios* gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis.
- Puede hacer una solicitud permanente para recibir este documento, ahora o en el futuro, en un idioma distinto al inglés o en un formato alternativo. Mantendremos esta información en el archivo para futuros envíos. No necesita hacer una solicitud por separado cada vez. Para hacer o cambiar su solicitud:
- Llame al Servicio al Cliente o envíe una solicitud por escrito a:

Attn: Customer Service Department  
Santa Clara Family Health Plan  
PO Box 18880  
San Jose, CA 95158

## **B2. Información sobre el Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan**

- El Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (Plan de Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y con Medi-Cal para dar los beneficios de ambos programas a los miembros.
- La cobertura del Plan de Cal MediConnect de SCFHP califica como una cobertura de salud llamada “cobertura mínima esencial”. Cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en [www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- Santa Clara Family Health Plan da este plan de Cal MediConnect. Cuando este *Aviso anual de cambios* diga “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a SCFHP. Cuando diga “el plan” o “nuestro plan”, se refiere al Plan de Cal MediConnect de SCFHP.

## **B3. Cosas importantes que debe hacer:**

- **Verifique si existe algún cambio en nuestros beneficios y costos que pueda afectarlo.**
  - ¿Existe algún cambio que afecte a los servicios que usa?
  - Es importante que revise los cambios en los beneficios y los costos para asegurarse de que funcionarán para usted el próximo año.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



- Consulte la sección D de la página 15 para obtener información sobre los cambios en los beneficios para nuestro plan.
- **Verifique si existe algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos de venta con receta que pueda afectarlo.**
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en un nivel de costo compartido diferente? ¿Puede continuar usando las mismas farmacias?
  - Es importante que revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos funcionará para usted el próximo año.
  - Consulte la sección D de la página 15 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado en comparación con el año anterior.
    - Consulte con su médico si existen alternativas de menor costo disponibles para usted, ya que esto podría generarle ahorros en los costos de bolsillo anuales.
    - Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite [www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage). (Haga clic en el enlace “dashboards” [paneles] en el centro de Note [Nota] en la parte inferior de la página. Estos paneles destacan cuáles son los fabricantes que han aumentado sus precios y muestran más información del precio de los medicamentos año a año).
    - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán con exactitud cuánto cambiará el costo de sus medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
  - ¿Están sus médicos, incluyendo a sus especialistas, en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que usa?
  - Consulte la sección C de la página 14 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos de venta con receta que usa habitualmente?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense en si está satisfecho con nuestro plan.**



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

**Si decide quedarse con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP:**

Si quiere quedarse con nosotros el próximo año, es fácil: no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, permanecerá inscrito automáticamente en nuestro plan.

**Si decide cambiar de plan:**

Si cree que otra cobertura cubrirá mejor sus necesidades, tal vez pueda cambiar de plan (consulte la sección E2 para obtener más información). Si se inscribe en un plan nuevo, su nueva cobertura empezará el primer día del siguiente mes. Consulte la sección E de la página 19 para obtener más información sobre sus opciones.

---

## **C. Cambios en los proveedores y farmacias de la red**

No hemos hecho ningún cambio en nuestra red de proveedores y farmacias para el próximo año.

Sin embargo, es importante que sepa que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el capítulo 3 del *Manual del miembro*.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





## D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### D1. Cambios en los beneficios y para servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el próximo año. La tabla de abajo describe estos cambios.

	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Servicios para la audición</b>	<p>Los beneficios de aparatos auditivos están sujetos a una asignación máxima de \$1,510 por miembro para ambos oídos combinados por año fiscal (1 de julio al 30 de junio) e incluye moldes, suministros de modificaciones y accesorios.</p> <p><b>Nota: Es posible que se requiera una autorización previa para los residentes de un centro de enfermería.</b></p>	<p>Los beneficios de aparatos auditivos están sujetos a una asignación máxima de \$1,510 por miembro para ambos oídos combinados por año fiscal (1 de julio al 30 de junio) e incluye moldes, suministros de modificaciones y accesorios.</p> <p>El reemplazo de aparatos auditivos perdidos, robados o muy dañados fuera del control del miembro <b>no</b> está incluido en la cantidad de cobertura máxima de \$1,510.</p> <p><b>Nota: Es posible que se requiera una autorización previa.</b></p>
<b>Programa de Servicios Multifuncionales para Personas de la Tercera Edad (MSSP)</b>	<p>MSSP es un beneficio cubierto de hasta \$5,356.25 al año.</p>	<p>MSSP ya no es un beneficio cubierto.</p>

### D2. Cambios en la cobertura de medicamentos de venta con receta

#### Cambios en nuestra lista de medicamentos

En nuestro sitio web, [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com), hay una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada. También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una *Lista de medicamentos cubiertos*.

La *Lista de medicamentos cubiertos* también se llama la “lista de medicamentos”.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

Hicimos cambios en nuestra lista de medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la lista de medicamentos para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año** y para saber si habrá alguna restricción.

Si a usted lo afecta un cambio en la cobertura del medicamento, le animamos a que:

- Colabore con su médico (u otro profesional que receta) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
  - Puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición.
  - Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría ser adecuado para usted.
- Trabaje con su médico (u otro profesional que receta) y pídale al plan que haga una excepción para cubrir su medicamento.
  - Usted puede pedir una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta).
  - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 del *Manual del miembro de 2022* o llame al Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
  - Si necesita ayuda para pedir una excepción, se puede comunicar con Servicio al Cliente o con su administrador de casos. Consulte el capítulo 2 y el capítulo 3 del *Manual del miembro* para obtener más información sobre cómo comunicarse con su administrador de casos.
- Pídale al plan que cubra un suministro temporal del medicamento.
  - En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporal** del medicamento los primeros 90 días del año calendario.
  - Este suministro temporal será de hasta 31 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedir uno, consulte el capítulo 5 del *Manual del miembro*).
  - Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se termine. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual.

Si un cambio en la lista de medicamentos cubiertos lo afecta, cubriremos por única vez un suministro temporal del medicamento. También recibirá una carta por correo donde

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



lo informarán del suministro temporal y de cómo pedir una excepción para seguir disfrutando de la cobertura de medicamentos.

En general, los miembros con excepciones actuales a la lista de medicamentos cubiertos deberán presentar una nueva solicitud de excepción cada año de beneficios. Para obtener más información, consulte el capítulo 5 del *Manual del miembro*.

### Cambios en los costos de los medicamentos de venta con receta

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D de Medicare según el Plan de Cal MediConnect de SCFHP. La cantidad que pague dependerá de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Estas son las dos etapas:

<b>Etapa 1</b> <b>Etapa de cobertura inicial</b>	<b>Etapa 2</b> <b>Etapa de cobertura catastrófica</b>
<p>En esta etapa el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama “copago”.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta del año.</p>	<p>En esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2022.</p> <p>Usted comienza esta etapa cuando ha pagado cierta cantidad de costos de bolsillo.</p>

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos de bolsillo totales por medicamentos de venta con receta alcanzan los **\$7,050**. En ese momento comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos a partir de ese momento hasta que termine el año. Consulte el capítulo 6 del *Manual del miembro* para obtener más información sobre cuánto deberá pagar usted por los medicamentos de venta con receta.

### D3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

En la Etapa de cobertura inicial, el plan paga parte de los costos de sus medicamentos de venta con receta cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se llama “copago”. El copago depende del nivel de costo compartido en el que esté el medicamento y de dónde lo obtenga. Usted pagará un copago cada vez que surta una receta. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio que sea menor.

**Trasladamos algunos de los medicamentos de la lista de medicamentos a un nivel de medicamentos más bajo o más alto.** Si sus medicamentos cambian de un nivel a otro, esto podría afectar a su copago. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la lista de medicamentos.

La siguiente tabla muestra sus costos por los medicamentos en cada uno de nuestros cuatro niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **solo** para el tiempo en el que usted esté en la Etapa de cobertura inicial.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Medicamentos en el Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos) El costo del suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1 que se surta en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de <b>\$0 por receta.</b></p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de <b>\$0 por receta.</b></p>
<p><b>Medicamentos en el Nivel 2</b> (Medicamentos de marca) El costo del suministro para un mes de un medicamento del Nivel 2 que se surta en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de <b>\$0 a \$9.20 por receta.</b></p>	<p>Su copago para un suministro para un mes (31 días) es de <b>\$0 a \$9.85 por receta.</b></p>
<p><b>Medicamentos en el Nivel 3</b> (Medicamentos de venta con receta que no son de Medicare) El costo del suministro para un mes de un medicamento del Nivel 3 que se surta en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de <b>\$0 por receta.</b></p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de <b>\$0 por receta.</b></p>
<p><b>Medicamentos en el Nivel 4</b> (Medicamentos de venta sin receta [OTC] que no son de Medicare) El costo del suministro para un mes de un medicamento del Nivel 4 que se surta en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de <b>\$0 por receta.</b></p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (31 días) es de <b>\$0 por receta.</b></p>

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos de bolsillo totales alcanzan los **\$7,050**. En ese momento comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos a partir de ese momento hasta que termine el año. Consulte el capítulo 6 del *Manual del miembro* para obtener más información sobre cuánto deberá pagar usted por los medicamentos de venta con receta.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



#### **D4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”**

Cuando usted alcanza el límite de costos de bolsillo de **\$7,050** por los medicamentos de venta con receta, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted continuará en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario.

---

### **E. Cómo elegir un plan**

#### **E1. Cómo continuar en nuestro plan**

Esperamos tenerlo como miembro el próximo año.

Usted no tiene que hacer nada para continuar en nuestro plan de salud. Si no se inscribe en un plan de Cal MediConnect diferente, se cambia a un plan Medicare Advantage o se cambia a Medicare Original, permanecerá automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para 2022.

#### **E2. Cómo cambiar de plan**

Puede cancelar su membresía en cualquier momento del año si se inscribe en otro plan Medicare Advantage o en otro plan de Cal MediConnect, o si decide cambiarse a Medicare Original.

#### **Cómo recibirá los servicios de Medicare**

Tendrá tres opciones para recibir servicios de Medicare. Si elige una de estas opciones, cancelará automáticamente su membresía en nuestro Plan de Cal MediConnect.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<p><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Un plan de salud de Medicare como el plan Medicare Advantage o, si cumple con los requisitos necesarios de elegibilidad y vive en el área de servicio, un Programa de Atención con Todo Incluido para el Adulto Mayor (PACE)</b></p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si tiene consultas sobre PACE, llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame al Programa de Consejería y Defensoría sobre Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Su inscripción en el Plan de Cal MediConnect de SCFHP se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p>
--	---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



<p><b>2. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original con un plan de medicamentos de venta con receta médica separado de Medicare</b></p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Llame a HICAP de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li></ul> <p>Su inscripción en el Plan de Cal MediConnect de SCFHP se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p>
---	--



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

<p><b>3. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un plan de medicamentos de venta con receta separado de Medicare</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de venta con receta separado de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le diga a Medicare que no quiere inscribirse.</p> <p>Usted solo debe cancelar la cobertura de medicamentos de venta con receta si tiene cobertura de medicamentos de otras fuentes, como de un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a HICAP de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</p>	<p><b>Esto es lo que tiene que hacer:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame a HICAP de California al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p>Su inscripción en el Plan de Cal MediConnect de SCFHP se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p>
---	--

### Cómo recibirá los servicios de Medi-Cal

Si usted deja nuestro Plan de Cal MediConnect, continuará recibiendo sus servicios de Medi-Cal mediante SCFHP a menos que elija otro plan para sus servicios de Medi-Cal. Sus servicios de Medi-Cal incluyen la mayoría de servicios y apoyo a largo plazo y cuidado para los trastornos de salud conductual.

Cuando pida que cancelemos su membresía en nuestro plan Cal MediConnect, debe informar a Health Care Options del plan de servicios médicos administrados de Medi-Cal en el que quiere inscribirse. Llame a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).





## F. Cómo recibir ayuda

### F1. Cómo recibir ayuda del Plan de Cal MediConnect de SCFHP

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Recibimos llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### Lea su *Manual del miembro de 2022*

El *Manual del miembro de 2022* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Tiene información sobre los beneficios y los costos del próximo año. Esto explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos de venta con receta.

El *Manual del miembro de 2022* estará disponible el 15 de octubre. Habrá una copia actualizada del *Manual del miembro de 2022* en nuestro sitio web, en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com). También puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) para pedirnos que le enviemos por correo un *Manual del miembro de 2022*.

#### Nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).

### F2. Cómo recibir ayuda del agente de inscripción estatal

Health Care Options de Medi-Cal podrá ayudarlo si tiene preguntas sobre cómo elegir un plan de Cal MediConnect o si tiene otras preguntas sobre la inscripción. Puede llamar a Health Care Options al 1-844-580-7272, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

### F3. Cómo recibir ayuda del Programa Ombuds del Plan de Cal MediConnect

El Programa Ombuds del Plan de Cal MediConnect puede ayudarlo si tiene problemas con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Los servicios de defensoría son gratuitos. El Programa Ombuds del Plan de Cal MediConnect:

- Funciona como un defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o una queja, y puede ayudarlo a entender qué hacer.
- Se asegura de que usted tenga información relacionada con sus derechos y protecciones, y con la resolución de sus preocupaciones.
- No está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. El número de teléfono del Programa Ombuds del Plan de Cal MediConnect es 1-855-501-3077.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).

#### **F4. Cómo recibir ayuda de Programa de Consejería y Defensoría sobre Seguros Médicos**

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP). En California, este programa se llama Programa de Consejería y Defensoría sobre Seguros Médicos (HICAP). Los asesores de HICAP pueden ayudarlo a entender sus opciones del Plan de Cal MediConnect y responder las preguntas sobre cambiar planes. El programa HICAP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. HICAP tiene consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El teléfono de HICAP es 1-800-434-0222. Para obtener más información o encontrar una oficina local de HICAP en su área, visite [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/).

#### **F5. Cómo recibir ayuda de Medicare**

Para obtener información directamente de Medicare, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

##### **Sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Si elige cancelar la inscripción en su Plan de Cal MediConnect e inscribirse en un plan Medicare Advantage, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura e índices de calidad para ayudarlo a comparar los planes Medicare Advantage.

Puede encontrar información sobre los planes Medicare Advantage disponibles en su área usando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y haga clic en “Find plans” [Buscar planes]).

##### **Medicare y usted 2022**

Puede leer el manual *Medicare y usted 2022*. Cada año en el otoño, este folleto se envía por correo a personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios de Medicare, derechos y protecciones y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### **F6. Cómo recibir ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California**

El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California es el responsable de regular los planes de servicios de cuidado de la salud. Si usted tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar al **1-877-723-4795** y usar el proceso de quejas de su plan de salud antes de comunicarse con el departamento.

---

**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**El uso de este procedimiento de quejas no anula ningún posible derecho o recurso legal que pudiera estar disponible para usted.**

Si necesita ayuda con una queja formal relacionada con una emergencia, con una queja formal que su plan de salud no ha resuelto de manera satisfactoria o con una queja formal que aún no se ha resuelto después de transcurrido un plazo de 30 días, puede llamar al departamento para pedir ayuda.

También puede cumplir con los requisitos para obtener una revisión médica independiente (IMR). Si usted cumple con los requisitos para obtener una IMR, el proceso de IMR le dará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó el plan de salud sobre la necesidad médica de recibir un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones sobre cobertura de tratamientos experimentales o de investigación y las disputas de pagos de servicios médicos de emergencia o de urgencia.

El Departamento también tiene un número de teléfono gratis (**1-888-466-2219**) y una línea TTY (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidad auditiva y del habla. El sitio web del departamento, [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov), tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.



**Si tiene alguna pregunta**, llame a Santa Clara Family Health Plan al 1-877-723-4795 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis. **Para obtener más información**, visite [www.scfhp.com](http://www.scfhp.com).



**ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO DE FORMA INTENCIONAL**

